

主治医指示書

*以下のとおり、利用時間内における医療的ケアの実施を指示いたします。

1.利用者氏名 _____ 女・男 _____ 年 月 日生 (_____ 歳 _____ ヶ月)

2.診断名 _____

3. 指示内容

	ケア内容・留意事項	
吸 引	<input type="checkbox"/> □ 口腔内：吸引チューブ (_____ Fr) 挿入長さ (_____ cm) 吸引圧 (_____ ~ _____ kPa) <input type="checkbox"/> □ 鼻腔内：吸引チューブ (_____ Fr) 挿入長さ (_____ cm) 吸引圧 (_____ ~ _____ kPa) <input type="checkbox"/> □ 気管カニューレまたは気管内： 吸引チューブ (_____ Fr) 挿入長さ (_____ cm) 吸引圧 (_____ ~ _____ kPa)	
	【留意点】 <<気管カニューレ>> <input type="checkbox"/> □ 単純気管切開 <input type="checkbox"/> □ 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> □ 人工鼻 <input type="checkbox"/> □ スピーチカニューレ ・種類 (_____) サイズ (_____ Fr) ・挿入長さ (_____ cm)	
吸 入	<input type="checkbox"/> □ 吸入時間 (_____ : _____) (_____ : _____) (_____ : _____) 【留意点】 <input type="checkbox"/> □ 吸入内容・量 (_____)	
経 管 栄 養	<input type="checkbox"/> □ 経鼻留置 ・種類 (_____) サイズ (_____ Fr) ・挿入長さ (_____ cm) <input type="checkbox"/> □ 胃ろう <input type="checkbox"/> □ 腸ろう ・種類 (_____) サイズ (_____ Fr) ・挿入長さ (_____ cm) ・固定水 (_____ ml) ・Yガーゼなど (_____) <input type="checkbox"/> □ その他 (_____)	
	<input type="checkbox"/> □ 栄養剤 実施時間 (_____ : _____ ~ _____ : _____) 内容・量 (_____) 注入速度 (_____ 分) 胃残：胃残 (_____ ml) 未満の時、全量注入 胃残 (_____ ~ _____ ml) の時、差引注入 注入中止 (_____) 性状に異常がある場合	
<input type="checkbox"/> □ 水分 実施時間 (_____ : _____) (_____ : _____) (_____ : _____) 内容・量 (_____) 注入速度 (_____ 分) 胃残：胃残 (_____ ml) 未満の時、全量注入 胃残 (_____ ~ _____ ml) の時、差引注入 注入中止 (_____) 性状に異常がある場合		
注入姿勢： 【留意点】		
酸 素 管 理	<input type="checkbox"/> □ ・酸素流量 (_____ L/分) <input type="checkbox"/> □ ・経鼻カニューレ・マスク・その他 (_____) <input type="checkbox"/> □ ・酸素飽和度：安静時 (_____) %	
	【留意点】	

